

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N^o

191

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean ROYER

Né le 7 Août 1887, Marville (Meuse)

DE LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

APRÈS

L'ACCOUCHEMENT A TERME

Président : M. BAR, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

Année 1921

THÈSE

N°

191

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean ROYER

Né le 7 Août 1887, Marville (Meuse)

DE LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

APRÈS

L'ACCOUCHEMENT A TERME



Président : M. BAR, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et Chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.....

MM.
NICOLAS.
CUNEO.
Ch. RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANCON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.
RENON.
LECENE.
LETULLE.
PRENANT.
DUVAL.
POUC ET.
CARNOT.
BERNARD.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBECOURT.
DUPRE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
GOSSET.
LEJARS.
HARTMANN.
DE LAPERSONNE.
LEGUEU.
BAR.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
J. E. FAURE.
Aug. BROCA.
VAQUEZ.
SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI.
ALGLAVE.
BASSET.
BAUDOUIN.
BLANCHETIÈRE.
BRANCA.
CAMUS.
CHIRAY.
CHAMPY.
CHEVASSU.
CLERC.
DESMAREST.
DEBRE.

DUVOIR.
FIESSINGER.
GARNIER.
GOUGEROT.
GREGOIRE.
GUILLEMINOT.
GUENIOT.
GUILLAIN.
HEITZ-BOYER.
JOYEUX.
LABBE HENRI.
LAIGNEL-LAVAS-
TINE.

LANGLOIS.
LARDENNOIS.
LEMIERRE.
LEQUEUX.
LEREBOULLET.
LERI.
Le LORIER.
LEVY-SOLAL.
MATHIEU.
METZGER.
MOCQUOT.
MULON.
OKINCZYC.

PHILIBERT.
RATHERY.
REITERER.
RIBIERRE.
RICHAUD.
ROUS-Y.
ROUVIERE.
SCHWARTZ, A.
TANON.
TERRIEN.
TIFFENEAU.
VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.*

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Je conserverai toujours la plus
grande gratitude pour vous qui
m'avez accueilli si paternellement et
dont l'enseignement est une forme
particulière de l'amitié.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*L'ami et le conseiller bienveillant
de toujours, hommage de respectueuse
admiration.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX

INTRODUCTION

Nous entendons sous le nom de délivrance artificielle toute délivrance qui nécessite l'introduction de la main dans l'utérus afin de décoller et d'extraire le placenta.

Nous n'aurons pas en vue ici l'extraction ou préhension manuelle simple, décrite par Lorient, qui consiste à aller saisir avec la main le placenta décollé ou tombé dans le segment inférieur : cette manœuvre est en général inutile si le placenta est véritablement décollé, dans le cas contraire c'est une délivrance artificielle.

Notre étude ne portera que sur des femmes à terme ou près du terme, avec enfant vivant ou mort pendant le travail.

Nous éliminerons ainsi la délivrance artificielle post-abortive et la délivrance chez les femmes ayant accouché d'un fœtus mort pendant la grossesse.

Notre sujet comprendra l'étude de la fréquence, des indications, de la morbidité et de la mortalité consécutive à la délivrance artificielle, avec statistique et des conclusions sur le pronostic de cette intervention.

Nous distinguerons de suite les cas où la délivrance artificielle n'est pratiquée qu'après une autre intervention de ceux où elle se trouve à l'état d'opération isolée.

Ce sont évidemment ces derniers cas qui nous permettront le mieux d'étudier la délivrance artificielle en elle-même, tant au point de vue de ses indications que de son pronostic. Nous leur consacrerons dans notre travail une place d'une certaine importance relativement aux cas de délivrance artificielle post-opératoire dont nous allons aborder l'étude succincte.

A. — DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE POST-OPÉRATOIRE

1^o Fréquence

Sur 12.046 accouchements, 136 fois la délivrance artificielle post-opératoire a été pratiquée à la Clinique Tarnier. Soit une fréquence de 1,13 %.

2^o Indications

La grande indication, la plus fréquente, c'est l'hémorragie, puisque sur 136 interventions, on trouve cette cause nettement indiquée dans 50 observations. Mais il est impossible de faire la part des différentes causes de ces hémorragies, même de déterminer si c'est l'inertie qui est en cause ou le décollement partiel du placenta.

Les interventions sont en effet presque toujours pratiquées sous anesthésie après un travail long et pénible : d'où inertie fréquente; et d'autre part ces interventions sont par elles-mêmes souvent cause de décollement prématuré du placenta. Les rétentions totales ou partielles du placenta sont des causes rares dans cette catégorie, car nous voyons que presque toutes les délivrances artificielles ont été pratiquées aussitôt après l'extraction fœtale.

Cette constatation ainsi que le fait de ne trouver fréquemment aucune mention de la raison qui a motivé l'acte opératoire, nous font penser que cette opération a eu souvent lieu systématiquement. Cette pratique est compréhensible après la symphyséotomie ou la pubiotomie (3 cas. Observations 56, 114, 122), pour se mettre à l'abri de tout accident pendant la suture, — dans le cas de rupture utérine incomplète, sous-péritéonale (Observation n° 11), — admissible lors de déchirures profondes du col et du vagin saignant abondamment : ces lésions exigent en effet une intervention rapide et il importe de ne pas être gêné dans celle-ci par un accident de la délivrance. Mais leur nécessité paraît bien douteuse lorsque l'on ne peut donner comme raison, que la crainte de l'inertie utérine post-chloroformique ou la nécessité de profiter de l'anesthésie pour pratiquer la suture du péri-née.

3° Morbidité

Sur les 136 observations colligées nous trouvons 59 cas où les suites de couches furent fébriles ce qui représente une morbidité de 43,4 %.

En nous basant sur la température et sur le temps de séjour à l'hôpital qu'a nécessité l'état des femmes délivrées, nous trouvons des suites de couches graves dans 10 cas, soit 7,35 %.

Des phlébites furent observées dans deux de ces cas.

4^o Mortalité

12 décès sur 136 délivrances artificielles post-opératoires soit 8,8 % de mortalité. Ce taux qui peut paraître élevé à première vue, associe la mortalité propre de la délivrance artificielle à celles de diverses opérations de gravité et d'importance variables.

Constatons ici, une fois de plus, qu'il n'est pas possible de distinguer la part prise par la délivrance artificielle dans cette mortalité. Ces délivrances artificielles post-opératoires ayant été systématiquement éliminées des travaux parus sur la délivrance artificielle, il ne nous est pas possible de comparer nos chiffres de fréquence, morbidité et mortalité comme nous pourrions le faire pour les délivrances artificielles, opérations isolées que nous allons maintenant étudier.

Délivrance artificielles Post-opératoires

N ^o d'Ordre	Année	N ^o de l'Acc ^t	Terme de la Grossesse	Présentation et Position	Durée totale du Travail	Durée de la période d'expulsion	Rupture des Membranes	Poids du Fœtus	Prévacance faite au bout de	Poids du Placenta	Suites des Opérations	Indications - Causes - Observations
1	1910	322	T I	OIGA	27 ^h	3 ^h 30	Préc	3600	5'	600	F	Hémorragie après Forceps p ^r lenteur expulsion.
2		391	T I	OIDP	"	3 ^h	Temp	3530	15'	770	N	Hémorragie après Forceps p ^r défaut rotation.
3		392	29 III	OIGA	"	"	A. d. d.	2950	suit	430	F	après cranioclase Rupture utérine sous-péritonéale 2 ^e acc ^t .
4		429	8 IX	OI	"	"	Préc	2550	10'	1100	N	Hémorragie après version pour épaule (2 ^e fœtus).
5		439	T I	OI	3 jours	"	Préc	2630	5'	590	F	Hémorragie après dilatation manuelle - Albuminurie - Forceps Version
6		688	8 III	OID	"	"	A	"	suit	450	F	après basiotripsie - Placenta praevia.
7		930	T I	OIGA	18 ^h	"	Préc	3000	30'	360	N	Hémorragie après Forceps p ^r souffrance fœtale.
8		942	T I	OIGA	15 ^h 40	1 ^h 55	Prem	4050	30'	520	F	Hémorragie après Forceps p ^r souffrance fœtale
9		950	8 VII	OI	"	"	A	3120	suit	620	F	Hémorragie après Braxton Hicks p ^r placenta praevia.
10		964	T VII	OIGA	12 ^h 30	1 ^h 30	Préc	4250	suit	720	N	après forceps p ^r lenteur période d'expulsion.
11		1092	T II	OIGA	2 ^h	"	Préc	"	suit	580	N	après cranioclase p ^r rupture utérine sous-péritonéale spontanée
12		1112	T I	OIDP	25 ^h	"	Préc	3840	suit	800	F	après Forceps p ^r lenteur du travail - Infection amniotique.
13		1128	T I	OIDP	18 ^h	1 ^h	Temp	3960	15'	830	N	Hémorragie après Forceps p ^r souffrance fœtale.
14		1238	T I	OIGA	46 ^h	"	Préc	3650	suit	900	F	après cranioclase.
15		1291	8 III	OIGA	72 ^h	"	Préc	3790	suit	450	N	après embryotomie.
16		1314	T I	OIGA	4 jours	"	Prem	3700	suit	640	N	Hémorragie après forceps p ^r lenteur du travail.
17		1384	8 I	OIGA	9 ^h 45	15'	Prem	3330	5'	360	N	Hémorragie après Forceps chez cyphotique.
18		1538	T I	OIDP	17 ^h	3 ^h	Préc	3800	suit	630	F	Hémorragie après Forceps p ^r lenteur période expulsion
19		1544	T I	OIGA	46 ^h	1 ^h	Prem	3540	suit	660	F	Hémorragie après Forceps p ^r souffrance fœtale
20		1693	T II	OIGA	32 ^h 50	2 ^h 50	Temp	4450	suit	660	F	Hémorragie après Forceps p ^r lenteur période expulsion.
21		1763	89 I	OIDP	21 ^h 30	3 ^h 30	Temp	2630	5'	900	N	Hémorragie après double application des forceps p ^r lenteur expulsion
22		1877	89 I	OIGA	14 ^h 15	4 ^h 15	Prem	3950	1 ^h 45	650	F	Hémorragie après forceps p ^r lenteur période d'expulsion
23	1911	96	T I	OIGA	47 ^h	8 ^h 15	A. d. d.	3450	15'	"	N	Hémorragie après Forceps p ^r lenteur période d'expulsion.
24		99	T I	OI	"	"	Préc	2920	suit	220	N	Extraction tête par forceps en ville. Extraction épaule et tronc à l'allongé
25		111	T I	OIGP	24 ^h	1 ^h	Temp	3450	suit	640	N	Hémorragie après Forceps p ^r lenteur période d'expulsion.
26		153	T I	SI	3 jours	"	Préc	4050	suit	760	N	après basiotripsie sur tête dernière.
27		333	8 I	OIG	3 jours	"	A. d. d.	"	suit	550	N	après cranioclase p ^r hydrocéphalie. Malformations multiples
28		416	T IV	OIGA	4 ^h 30	50'	Préc	3150	suit	1000	N	Hémorragie après forceps et extraction siège - Albuminurie.
29		500	T I	OIG	35 ^h 30	1 ^h 30	Prem	3080	suit	520	N	après Forceps p ^r lenteur période d'expulsion
30		571	T I	OIDP	58 ^h	"	Prem	3840	suit	550	F	après forceps - Infection amniotique.
31		653	T II	OIG	3 jours	"	Prem	3600	suit	550	F	après cranioclase.
32		666	T I	OIGP	4 jours	"	Prem	"	suit	610	F	après incision du col, basiotripsie - Infection amniotique.
33		681	T I	OIDP	34 ^h	1 ^h	A. d. d.	2570	suit	"	N	après incision du col, forceps - Σ
34		807	T II	OIDP	7 ^h	"	Temp	4700	suit	580	F	après forceps puis embryotomie
35		1210	69 I	OIDP	48 ^h	1 ^h 40	Prem	2680	5'	440	N	Hémorragie après Forceps p ^r lenteur période d'expulsion

Délivrances artificielles Post-opératoires

N ^o d'Ordre	Année	N ^o de l'Acc ^t	Temps de la Grossesse	Parité	Présentation et Position	Durée totale du Travail	Durée de la Phase d'expulsion	Rupture des Membranes	Poids du Fœtus	Poids du Placenta au bout de	Poids du Placenta	Suites de Couches	Indications - Causes - Observations.
36	1911	1538	T	I	OIGP	2 ^h 45	2 ^h	Temp	3620	suit	620	F	après Forceps p ^r souffrance fœtale.
37		1560	T	II	OIGA	3 ^h 45	50'	Péc	5500	suit	640	N	après Forceps p ^r lenteur période d'expulsion.
38		1596	T	I	OIGA	3 ^h 45	—	Péc	2950	suit	660	F	après incision du col, Forceps pour souffrance fœtale
39		1683	T	I	OIGT	3 ^h 15	—	Péc	3300	15'	620	N	Hémorragie après Forceps p ^r inertie utérine.
40		1727	T	II	OIGD	50' 45	—	Péc	3800	suit	680	F	après basiotripsie et décollation
41		1757	T	III	AI	31 ^h	—	Temp	3550	suit	575	F	Hémorragie après version.
42		1782	T	II	OIGT	14' 30	—	Péc	—	suit	510	N	après cranioclase et décollation - Placenta prævia.
43		1779	T	II	OIGT	60'	4 ^h	Pém	3650	20'	690	N	Hémorragie après Forceps p ^r lenteur période d'expulsion
44		1821	T	I	OIGT	28' 45	1 ^h 45	Pém	4030	15'	630	N	Hémorragie après Forceps p ^r souffrance fœtale
45		1850	T	III	OIGD	37 ^h	—	Péc	4200	25'	600	N	Hémorragie après version
46		1876	T	I	Front	4 jours	—	A à D	—	suit	880	F	après cranioclase
47		1899	T	II	AI	14 ^h	—	A à D	2620	suit	520	F	après version
48	1912	78	T	I	OIGD	39 ^h	—	Péc	3900	suit	780	N	après Forceps pour lenteur du travail
49		104	T	I	OIGD	41 ^h	1 ^h 40	A à D	3440	30'	650	N	Hémorragie après Forceps p ^r souffrance fœtale
50		161	T	I	OIGD	59 ^h 30	—	Pém	3400	suit	670	F	après Forceps pour lenteur du travail
51		165	T	I	OIGD	79 ^h	—	Péc	2240	suit	530	F	après Forceps sur 1 ^r fœtus, version sur le 2 ^e
52		5818	T	I	OIGD	16 ^h	3 ^h	Péc	2850	10'	470	N	Hémorragie après Forceps p ^r souffrance fœtale
53		701	T	I	OIGT	37 ^h 30	—	Pém	—	suit	680	N	après basiotripsie
54		1183	T	I	OIGD	31 ^h 30	—	A	4400	suit	650	F	après dilatation manuelle et Forceps p ^r souffrance fœtale.
55		1279	T	I	OI	2 ^h 45	—	A	3720	suit	620	F	après pose d'un ballon, basiotripsie p ^r placenta prævia.
56		1286	T	I	OIGT	3 jours	—	Pém	2850	suit	480	F	après dilatation artificielle du col, Gagli et Forceps
57		1324	T	I	OIGD	3 ^h 40	—	Péc	3360	suit	560	N	après Forceps pour éclampsie.
58		1333	T	II	OI	21 ^h	—	Péc	3100	suit	580	N	après cranioclase
59		1393	T	I	OIGD	3 jours	—	Péc	2670	suit	870	F	après basiotripsie et décollation
60		1481	T	I	OIGA	48 ^h	8 ^h	Péc	2650	suit	480	F	Hémorragie après Forceps p ^r lenteur période d'expulsion
61		1558	T	II	AI	22 ^h 30	1 ^h 10	Péc	2960	suit	650	N	après embryotomie rachidienne
62		1566	T	IV	AI	3 ^h 50	35'	A à D	3960	10'	650	F	Hémorragie après version.
63		1574	T	VI	OIGD	9 ^h 30	—	A à D	4520	suit	700	F	après Forceps p ^r souffrance fœtale.
64	1913	58	T	III	OIGD	—	—	—	3650	suit	500	N	après cranioclase
65		103	T	II	OIGT	5 ^h 15	1 ^h 45	Temp	—	suit	450	N	après basiotripsie - Albuminurie
66		290	T	I	AI	36 ^h	—	Péc	2900	suit	470	N	après version.
67		307	T	I	OIGT	66 ^h	—	Péc	3600	75'	600	N	Hémorragie après Forceps p ^r lenteur période d'expulsion
68		446	T	I	SI	25' 45	15'	A à D	3030	suit	500	N	après pose d'un ballon et extraction de siège
69		448	T	II	OI	2 jours	11 ^h 10	A à D	2300	suit	780	F	après ballon p ^r rétraction de l'anneau de Bandl et version sur 2 ^e j.
70		521	T	II	OIGD	1 ^h 12	—	Pém	3350	suit	670	F	après incision du col pour rigidité et Forceps

Délivrances artificielles Post-opératoires

N ^o d'Ordre	Année	N ^o de l'Acc ^t	Terme de la grossesse	Parité	Présentation et Position	Durée totale du Travail	Pointe de la Période d'Expulsion	Rupture des Membranes	Poids du Fœtus	Délivrance facile ou non	Poids du Placenta	Suite de l'accouchement	Indications. Causes. Observations
71	1913	952	T	I OI DP	24 ^H	1 ^H 30	Temp	3910	suite 600	F			après Forceps p ^r défaut d'engag ^t et souffrance fœtale
72		1104	T	I OI GT	"	"	Piéc	3700	suite 780	N			après basiotripsie.
73		1192	T	I OI GA	3 ^{jour}	—	Piém	2800	suite 600	N			après dilatation manuelle du col, version, perforation tête
74		1257	8 ^{1/2}	II AI	31 ^H 40	—	Ai DC	3530	suite 1000	T			après version sur 1 ^{re} fœtus et extraction de siège du 2 ^e .
75		1367	T	I OI GA	46 ^H	—	Piém	3600	suite 420	T			après Forceps p ^r lenteur du travail. déchirure du col.
76		1316	T	III OI GP	40 ^H	—	Piéc	3450	suite 700	P			après Forceps p ^r lenteur du travail.
77		1477	T	I OI GT	58 ^H	—	Piéc	3730	suite 470	P			après incision du col pour œdème et Forceps
78		1539	T	I OI DP	2 ^{1/2}	—	Piéc	3940	suite 800	N			après Forceps pour souffrance fœtale.
79	1914	207	T	I OI GA	87 ^H	—	"	Piéc	3450	suite "	F		après cranioclase. Infection amniotique.
80		464	T	I OI GT	62 ^H	—	Piéc	3600	10' 650	F			Hémorragie par orteil après incision du col et Forceps
81		641	T	I OI DP	30 ^H	40'	Piéc	4800	12 ^H 800	F			legère hémorragie après Forceps. Adhérence du placenta.
82		867	8	II OI GA	"	—	A	"	suite "	F			après ballon Version. Perforation tête dernière p ^r placenta praevia
83		1052	T	III MIDP	"	—	Ai DC	3980	suite 690	P			après version.
84		1162	T	I OI DP	18 ^H	2 ^H	Piéc	3630	suite 640	F			après Forceps pour défaut de rotation.
85		12508	8 ^{1/2}	II OI GA	44 ^H 40	—	Piéc	2400	10' 400	P			Hémorragie après version et dilatation manuelle du col.
86		1266	T	II OI GT	12 ^H 30	—	Ai DC	4150	suite 700	F			après version (ancien césarienne).
87		1290	T	I OI DP	10 ^H	25'	Piéc	3290	2 ^H 500	F			Hémorragie après Forceps pour bassin rétréci.
88		1478	T	II OI GA	14 ^H	—	Temp	3400	15' 700	N			après version pour procidence du cordon.
89		1493	8	VI AI	29 ^H	—	Piéc	1830	1 ^H 480	F			Hémorragie après version.
90		1551	8	I OI GA	10 ^H	30'	Piéc	4570	suite 650	N			après extraction de siège t ^r jumeaux version 2 ^e jumeau p ^r procidence
91		1604	T	I OI DP	52 ^H	—	A	3700	10' 600	F			Hémorragie après Forceps p ^r lenteur du travail.
92	1915	94	T	IV SI	—	—	Temp	3800	15' 640	N			Hémorragie après accouch ^t provoqué par ballon, procidence
93		313	T	II OI GA	30 ^H 30	7 ^H	Piéc	2950	suite 580	F			après basiotripsie. du cordon et extraction du siège
94		479	T	II OI DP	18 ^H	—	Piéc	3220	suite 650	F			après incision du col p ^r rigidité. Basiotripsie. Albuminurie.
95		679	T	I OI DP	19 ^H	—	Piéc	3600	suite 620	N			après Forceps pour défaut d'engagement
96		725	T	III AI	12 ^H 30	—	Piéc	3420	suite 620	N			après version.
97		1022	T	IV OI	2 ^H 30	—	A	4100	suite 720	F			après Braxton Hicks pour placenta praevia.
98		1028	8	II AI	8 ^H	15'	Piém	3700	suite 600	N			après version.
99		1111	T	IV AI	5 ^H	—	Ai DC	3000	suite 550	P			après version.
100		1342	T	I OI DP	2 ^{jour}	—	Piéc	3500	suite 500	F			après incision du col pour rigidité et Forceps.
101		1438	T	V MIDP	18 ^H 55	—	Piéc	3350	suite 870	N			après version.
102	1916	235	T	III OI DP	43 ^H 30	"	Piéc	3750	suite 600	N			après version et cranioclase sur la tête dernière.
103		236	T	II OI GA	38 ^H 30	—	Ai DC	3770	suite 650	F			après version pour bassin rétréci.
104		241	T	I OI GA	34 ^H 30	1 ^H 30	Piém	3200	suite 620	F			après basiotripsie.
105		2458	1/2	II OI GA	28 ^H 45	—	Piéc	2840	suite 770	N			après version pour procidence du cordon.

Délivrance artificielle Post-opératoire

N° d'ordre	Année	N° de l'Acc.	Terme de la grossesse	Parité	Présentation et Position	Durée totale du Travail	Durée de la Période d'Expulsion	Rupture des Membranes	Poids du Fœtus	Pelviante totale au bout de	Poids du Placenta	Suites de Couches	Indications - Causes - Observations	
106	1916	1393	T	I	OIGT	3 jours	"	Prém	4340	5'	720	N	Hémorragie après Forceps p. défaut de rotation. Fibrome.	
107	1917	1418	II	AI	"	5 ^H	—	Préc	2220	suite	370	N	après Braxton Hicks pour placenta prævia.	
108		389	T	II	AI	18 ^H	10	Préc	3750	10'	550	F	Hémorragie après version p. épaule et procidence du cordon	
109		483	T	I	OIGT	24 ^H	—	Prém	3500	suite	670	F	après incision du col p. rigidité. Retraction anneau de Bandl.	
110		551	T	I	OIGP	4 ^H	—	Préc	3650	suite	690	F	après incision du col et Forceps.	
111		1035	T	II	OIGP	9 ^H	15	Préc	3000	suite	470	F	après embryotomie	
112		1088	8	II	AI	13 ^H	1 ^H	A&D	2420	suite	550	F	après version.	
113		1667	T	I	OIGT	8 ^H	30	Prém	3800	4 ^H	550	F	Hémorragie après Forceps.	
114		1704	T	III	OIGP	8 ^H	—	Temp	3250	10'	"	F	après pubiotomie et Forceps.	
115	1920	213	T	I	OIGA	"	1 ^H	Prém	3470	4 ^H	570	N	Adhérence anormale du placenta après Forceps p. souffrance fœtale	
116		276	T	I	OIGA	44 ^H	5 ^H	Prém	3070	suite	"	N	après basiotripsie.	
117		322	T	II	OIGA	2 jours	3 ^H	Prém	4800	suite	760	N	après Forceps et décolation.	
118		360	T	I	OIGP	"	2 ^H	Temp	3420	suite	580	T	Hémorragie après Forceps pour lenteur du travail.	
119		707	T	I	OIGP	30 ^H	2 ^H	Préc	3560	suite	610	N	après Forceps pour lenteur de la période d'expulsion.	
120		728	8	III	trans	3 ^H	—	A	2640	suite	450	N	après Braxton Hicks.	
121		687	T	III	QID	2 ^H	30	A	2750	suite	380	N	après pose d'un ballon et version pour placenta prævia.	
122		1110	T	III	OIGT	21 ^H	—	Préc	3380	20'	540	N	après pubiotomie, incision du col et Forceps.	
123		1142	T	I	OIGP	59 ^H	2 ^H	Préc	3040	suite	500	N	après Forceps.	
124		1147	T	II	OIGA	4 ^H	—	Temp	3050	suite	700	N	après pose d'un ballon et Forceps pour placenta prævia.	
125		1170	T	I	OIGP	57 ^H	3 ^H	Préc	3330	suite	"	N	après Forceps p. défaut de rotation et souffrance fœtale.	
126		1172	T	I	OIGT	4 jours	—	A	3850	suite	750	N	après incision du col pour œdème et Forceps.	
127		1619	T	I	OIGT	3 jours	—	Prém	3170	suite	700	F	après pose d'un ballon, incision du col, basiotripsie.	
128		1622	T	I	OIGA	13 ^H	15	Préc	3050	suite	400	N	après Forceps pour lenteur de la période d'expulsion.	
129		1709	T	I	OIGP	57 ^H	55	—	Préc	3090	suite	450	F	après incision du col et Forceps.
130		1790	T	I	OIGT	2 ^H	1/2	Préc	3820	suite	820	F	après Forceps p. souffrance fœtale et ascension de l'anneau de Bandl.	
131		1835	8	IV	AI	14 ^H	30	1 ^H	Temp	"	suite	540	N	après version et cranioclasie.
132		2022	8	I	OIGP	22 ^H	30	Prém	2250	suite	500	F	après Forceps p. lenteur période d'expulsion. Congestion pulmonaire	
133		2055	T	II	OIGT	65 ^H	—	Préc	4600	suite	720	N	après Forceps p. lenteur du travail. Albuminurie.	
134		2088	T	I	OIGP	2 jours	—	Préc	2950	suite	750	T	après incision du col et Forceps.	
135		2228	T	I	OIGP	37 ^H	—	Préc	4150	suite	750	N	Hémorragie après Forceps.	
136		2418	8	II	OIGP	7 ^H	—	Prém	2710	suite	450	F	après dilatation manuelle du col et version p. procidence du cordon	

B. — DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE NON PRÉCÉDÉE D'INTERVENTION

I. — Fréquence

Sur 12.046 accouchements nous avons trouvé que 99 fois la délivrance artificielle a été opérée sans interventions précédentes, ce qui donne un pourcentage de 0,82 %.

Si nous comparons nos chiffres avec ceux qui ont paru en ces vingt-cinq dernières années, nous constatons qu'ils sont sensiblement du même ordre :

AUTEUR	ANNÉE	HOPITAL	NOMBRE d'accouch ^{es} .	NOMBRE de délivrances artif.	POURCENTAGE
Budin (1) ..	1895	Charité	3.295	25	0,7
Brosset (2).	1898	Clinique Bandelocque	12.867	115	0,89
Jacobson (3)	1906	d ^o	15.038	90	0,60

Si nous recherchons les statistiques étrangères, celles des villes allemandes, par exemple, nous trouvons des

(1) Budin, *Femmes en couches et Nouveau-nés*, 1895.

(2) Brosset, *Thèse de Paris*, n° 586, 1898.

(3) Jacobson, *Thèse de Paris*, n° 402. 1906.

chiffres variables de 0,45 % à 2,83 %. Ces statistiques n'ont qu'une valeur très relative car :

1° Elles ne groupent souvent qu'un nombre restreint de cas. Une statistique ne s'appuyant que sur 3 délivrances artificielles en 421 cas comme celle d'Heidelberg, est sujette à des erreurs considérables;

2° Elles ne séparent pas toujours nettement les cas d'accouchements à terme ou près du terme des cas d'avortements;

Or, moins la grossesse est avancée, plus la rétention placentaire est fréquente, par conséquent le nombre de délivrances artificielles s'élève, en même temps que le pronostic devient plus favorable;

3° Elles ne différencient pas toutes les cas de délivrance artificielle post-opératoire de ceux où la délivrance artificielle a été la seule intervention faite sur la femme.

a) *Influence de la parité.* — Sur nos 99 délivrances artificielles, 46 ont eu lieu chez des primipares, 46 chez des multipares (II à IV), 7 chez de grandes multipares (V à IX).

A l'examen de ces chiffres on serait tenté de reconnaître l'influence de la multiparité. Mais la fréquence observée n'est que relative.

En effet, sur les 12.046 accouchements de notre statistique, il y a 5.473 primipares et 6.573 multipares.

Ce qui donne un pourcentage de $46/5473 = 0,84$ % pour les primipares et de $53/6573 = 0,81$ % pour les multipares.

Bosquet trouve 1,11 % chez les primipares, 0,71 % chez les multipares.

Jacobson trouve 0,59 % chez les primipares, 0,61 % chez les multipares.

Nous pourrions conclure de ces chiffres, que la parité n'est pas un facteur important dans la fréquence de la délivrance artificielle.

b) *Influence du poids du placenta.* — Dans vingt-deux de nos observations le poids du placenta représente plus du sixième du poids du fœtus, alors que dans trois seulement le poids du placenta est inférieur au huitième du poids du fœtus.

La délivrance artificielle est donc beaucoup plus fréquente, dans les cas de gros placentas que dans les petits. Et cela d'autant plus qu'à la grosseur relative du placenta s'ajoute l'adhérence, dans les accouchements s'éloignant du terme et chez les femmes atteintes d'endométrite.

c) *Influence du poids du fœtus.* — Dans neuf cas nous avons affaire à des enfants pesant plus de 4.000 gr.

Cette forte proportion de gros œufs ne doit pas nous étonner : nous verrons en effet par la suite que la délivrance artificielle est souvent commandée par des hémorragies dues à l'inertie utérine et que les gros œufs sont cause d'inertie.

Dans nos observations aucun accouchement gémellaire spontané n'a été suivi de délivrance artificielle, alors que nous en avons noté huit avec délivrance artificielle post-opératoire. Ceci correspond à l'opinion formulée par Chabriat (1) : « La délivrance artificielle pratiquée dans le

(1) Chabriat, *Thèse de Paris*, n° 413, 1913-1914.

cas de gestations gémellaires n'a été que le complément d'une intervention sous anesthésie lorsque celle-ci a nécessité le forceps ou la version ».

d) *Influence du moment de la rupture des membranes.*

— Sur nos 99 observations nous avons le renseignement du moment de la rupture des membranes dans 78 cas.

Dans 50 elle eut lieu tempestivement ou au cours du travail, soit 64 % des cas. Dans 17, elle eut lieu prématurément soit 22 % des cas. Dans 9, elle fut pratiquée artificiellement à dilatation complète soit 11 %. Dans 2, elle fut pratiquée avant dilatation complète, soit 3 %.

Le moment de la rupture des membranes ne paraît pas, d'après ces chiffres, avoir d'influence sur la délivrance artificielle.

e) *Influence du travail.* — Chez 37 primipares le travail a duré moins de 10 h., 5 fois; 12 à 15 h., 21 fois; plus de 16 h., 11 fois.

Chez 40 multipares, le travail a duré moins de 6 h., 10 fois; 6 à 8 h., 7 fois; plus de 9 h., 23 fois.

On a donc tendance à incriminer comme influant sur la délivrance artificielle, le travail rapide chez les primipares, le travail long chez les multipares.

f) *Influence de la présentation.* — Sommet 88, face 1, siège 10, soit 10 % : cette proportion est considérable puisque la fréquence des accouchements par le siège à terme n'est que de 1/62.

Doit-on en trouver l'explication dans la longueur plus grande du travail ou bien dans le fait que le siège étant

déjà une présentation anormale, elle peut être due à une malformation utérine, à une tumeur ou à une insertion basse du placenta, plutôt que dans la fréquence des hémorragies de la délivrance dans l'accouchement par le siège?

II. — Indications

Au nombre de trois : Hémorragie; rétention totale du placenta; rétention partielle du placenta.

Ces indications sont de fréquence très dissemblable. Alors que dans nos 99 observations l'hémorragie a nécessité la délivrance artificielle 61 fois, soit dans 61,6 % des cas, la rétention totale ne l'a nécessitée que 36 fois soit dans 36,4 % des cas et la rétention partielle 2 fois seulement, soit dans 2 % des cas :

AUTEUR	ANNÉE	POURCENTAGE des hémorragies	POURCENTAGE de la rétention totale	POURCENTAGE de la rétention partielle
Guttmann (1).	1895	60	20	20
Bosquet	1898	79	15,6	4,34
Jacobson	1906	78	20	2

Dans toutes ces statistiques, l'hémorragie est de beaucoup la cause la plus fréquente : voyons ce qui peut en favoriser la production.

Pour qu'il y ait hémorragie, il faut :

(1) Guttmann, *Thèse de Berlin*, 1895.

- 1°) Que le placenta soit décollé tout au moins en partie;
- 2°) Qu'il y ait de l'inertie utérine, c'est-à-dire que la contraction et la rétraction musculaire ne se fassent pas.

Le décollement du placenta peut être dû à la progression de l'enfant par l'intermédiaire de son cordon (soit brièveté du cordon, soit circulaires) ou bien en cas de placenta prævia. Le plus souvent le décollement a lieu sous l'influence de contractions irrégulières de l'utérus.

Les causes de l'inertie utérine sont connues. Nous rappellerons brièvement qu'elle peut tenir au muscle utérin lui-même ou à l'état général de la femme.

De même que le muscle utérin peut se contracter mal pendant le travail, faisant preuve d'une faiblesse naturelle due à une structure défectueuse, de même il peut avoir des contractions faibles et insuffisantes pendant la délivrance.

La surdistension du muscle utérin par gros enfant, hydramnios ou grossesse gémellaire engendre aussi l'inertie après l'expulsion du fœtus. Le résultat est semblable dans la dégénérescence fibromateuse où la paroi utérine est altérée et après le travail excessif soit d'un accouchement long et pénible soit d'un accouchement écourté par des contractions énergiques, subintrantes.

Parmi les maladies générales surtout incriminées comme cause d'inertie, il faut noter la tuberculose pulmonaire, les cardiopathies et surtout l'albuminurie.

Recherchons dans nos observations la fréquence relative de ces causes d'hémorragies.

Placenta prævia.....	1
Contractions irrégulières de l'utérus.....	8
Malformations utérines.....	3
Adhérences anormales.....	7
Gros enfant.....	7
Fibrome.....	1
Travail long.....	6
Travail rapide.....	12
Tuberculose pulmonaire.....	1
Albuminurie.....	2
Cause inconnue.....	13

Dans le cas de fibrome « les hémorragies s'expliquent aisément si l'on songe à l'absence de ligatures vivantes, à l'inertie utérine consécutive à un travail déjà long ou entretenu par des fibromes interstitiels qui, en interrompant les fibres musculaires, font échouer les efforts de rétraction et de contraction utérine (1) ».

« Les fibromes sous-muqueux exposent à l'inertie utérine, aux adhérences placentaires et par conséquent aux hémorragies de la délivrance (2) ».

Lefour (3), sur 76 cas de fibrome et grossesse, a noté 18 délivrances artificielles soit dans 23,7 % des cas.

Schauta (4) en a observé dans 14 % des cas.

Les divers auteurs qui ont étudié l'influence des gros

(1) Netter, *Thèse de Paris*, n° 49, 1911.

(2) Treub et Brindeau, dans *La Pratique de l'art des Accouchements de P. Bar*.

(3) Lefour, *Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement*, Paris, 1880.

(4) Schauta, Vienne, 1882.

œufs sur la production des hémorragies de la délivrance, la tiennent pour considérable. « L'hémorragie à laquelle prédispose l'inertie utérine, conséquence de la distension exagérée de l'utérus et de la grande étendue de l'insertion placentaire, survient dans 10 % des cas (1) ».

Guéniot (2) admet que dans les hémorragies de la délivrance, c'est l'inertie utérine qui joue le principal rôle, mais il n'admet pas que c'est la surdistension utérine qui joue le principal rôle dans la production de cette inertie et de l'hémorragie consécutive.

Car, dit-il, les hémorragies de la délivrance devraient être aussi fréquentes dans les cas de gros enfants que dans les cas de grossesses gémellaires, puisque dans ces derniers cas la distension est en général beaucoup plus considérable qu'elle ne l'est d'ordinaire dans le simple excès du volume foetal.

Or sur 45 grossesses gémellaires, il trouve une seule hémorragie soit 2,2 % tandis que pour les gros enfants il trouve 11,2 % d'hémorragie.

Dans nos observations alors que nous ne relevons aucun accouchement gémellaire spontané suivi d'hémorragie, nous trouvons 7 accouchements d'enfants pesant plus de 4.000 grammes avec hémorragie consécutive.

Ces faits qui viennent à l'appui de l'opinion émise par Guéniot sont d'ordre inverse de ceux observés par Chabriat (3).

(1) Strassmann, Berlin, 1889.

(2) Guéniot, *Annales Société Obstétricales de France*, 1904.

(3) Chabriat, *Thèse de Paris*, n° 443, 1914.

Sur 197 gros œufs, il note 6 délivrances artificielles dont 3 pour hémorragie, soit 1,52 %, 1 après extraction de siège et dystocie des épaules, 2 pour placenta prævia.

Sur 131 gémellaires, 30 délivrances artificielles dont 18 après intervention, 3 pour enchatonnement, 2 pour placenta prævia et 7 pour hémorragie, soit 4,98 %.

Les contractions irrégulières de l'utérus, les malformations utérines, les adhérences anormales du placenta, autres causes d'hémorragie, seront étudiées parmi les causes de rétention placentaire qu'elles sont aussi capables de provoquer.

Passons en revue les causes de rétention totale du placenta :

1° L'excès de volume du placenta. C'est exceptionnel. Il ne paraît pouvoir être incriminé que dans la grossesse gémellaire, quelques placentas altérés par la syphilis ou atteints de dégénérescence molaire partielle. Je n'en ai aucun cas à citer dans mes observations.

2° Les contractions exagérées de l'utérus ou d'une région limitée de l'utérus.

Celles du corps utérin sont bien rarement observées de nos jours depuis qu'a été compris et adopté le précepte de Pajot : « Ne jamais donner d'ergot tant qu'il reste quelque chose dans l'utérus ».

Celles de l'orifice externe affirmées par Charles (de Liège), admises par Budin, ont leur existence très discutée de nos jours.

On est en droit de se demander si la résistance observée au niveau de l'orifice externe n'est pas plutôt d'ordre anatomique et due à son élasticité plutôt qu'à sa contractibi-

lité. Et cela d'autant plus que Fieux pense que vers la fin de la grossesse les faisceaux contractiles du col sont réduits à presque rien.

En tout cas, si le spasme de l'orifice externe existe, il doit être tout à fait exceptionnel.

Au contraire la contracture de l'anneau de Bandl a été constatée par tous les accoucheurs.

Dans nos observations nous en trouvons 8 cas : deux fois ce fut l'hémorragie qui nécessita l'intervention, les six autres fois la délivrance artificielle fut pratiquée de 1 h. 30 à 6 heures après l'accouchement. Dans deux de ces derniers cas, l'utérus était fibromateux.

3° Les contractions irrégulières du corps utérin : alors que des zones sont contractées, d'autres voisines sont inertes. Elles ont fréquemment pour résultat l'enchatonnement placentaire. Le muscle utérin présentant une minceur plus grande au niveau de la zone d'insertion placentaire, les contractions y sont moins énergiques. A la limite de cette insertion se forme un bourrelet musculaire contractile et rétractile qui en revenant de plus en plus sur lui-même, repousse vers l'extérieur la zone mince placentaire.

Puisque pour qu'il y ait formation du chaton en un point il est nécessaire d'y trouver une minceur et une faiblesse du muscle utérin, on s'explique pourquoi les cornes utérines qui constituent des points faibles de la paroi sont si souvent le siège d'enchatonnement placentaire. Anatomiquement les faisceaux musculaires internes, dénommés par Sue, muscles orbiculaires des trompes, qui

affectent autour de l'ostium uterinum une disposition en anneaux concentriques, encerclent l'entonnoir au fond duquel les trompes viennent s'ouvrir. Les anneaux les plus internes en se contractant, transforment l'infundibulum de la corne en un cul-de-sac qui emprisonne le placenta. De même nous comprenons que toutes les causes favorisant les contractions irrégulières pourront amener l'enchatonnement.

Ainsi le primiparité, la distension exagérée de l'utérus, les adhérences anormales du placenta, les malformations utérines, l'ergot de seigle et les manœuvres de l'accoucheur sont tour à tour invoquées.

Dans 6 de nos observations (5 primipares, 1 multipare) la délivrance artificielle pratiquée de 1 h. 15 à 4 h. 30 après l'accouchement permet de constater l'enchatonnement du placenta. Dans un cas l'utérus présente une crête médiane.

Dans 6 observations où l'hémorragie nécessite l'intervention (3 primipares, 3 multipares) l'enchatonnement partiel est constaté avec une malformation utérine dans un des cas (utérus cordiforme).

4° Les adhérences anormales du placenta : Observées dans 24 cas (12 primipares et 12 multipares) où la délivrance fut pratiquée de 1 h. 30 à 27 h. 30 après l'accouchement : dans un de ces cas, l'utérus était biloculaire.

Elles furent constatées aussi dans 8 cas (5 primipares, 3 multipares) après délivrance pour hémorragie de 15' à 2 h. 15 après l'accouchement et dans un cas de rétraction de l'anneau de Bandl chez une primipare 4 h. après

l'accouchement. Mais la rétraction de l'anneau de Bandl ne s'observait peut-être que parce que le placenta était adhérent : la contracture étant l'aboutissant des efforts musculaires prolongés de l'utérus pour chasser l'arrière faix anormalement adhérent.

Nous avons déjà dit et nous répétons qu'il est difficile de faire entrer les cas de rétention partielle dans notre étude: il ne s'agit pas, en effet, ici de délivrance artificielle à proprement parler mais d'un accident de la délivrance dont les conséquences cliniques sont tout à fait différentes et qui nécessite un tout autre traitement. Nous n'avons du reste retrouvé dans nos recherches que 2 de ces cas. (Observations 59 et 69). Dans le 1^{er} de ces cas la délivrance artificielle fut pratiquée aussitôt l'accouchement, pour rétention d'un cotylédon, après délivrance spontanée immédiate.

Dans le second ce ne fut que 23 heures après l'accouchement que l'on intervint chez une femme accouchée et délivrée partiellement en ville : on trouve 200 gr. de placenta enchatonnés. Ici l'intervention est une vraie délivrance artificielle, c'est un cas de transition.

Le diagnostic doit en être fait d'abord par l'examen de l'arrière-faix : tantôt on constate l'absence d'un ou plusieurs cotylédons, tantôt on voit des vaisseaux partis du placenta atteindre une partie déchirée des membranes : un cotylédon aberrant est resté dans la cavité utérine.

Nous ne nous étendrons pas d'avantage sur ce sujet.

Il est un point particulier sur lequel nous voulons insister parce que nous sommes persuadé de son importance

étiologique. Que ce soit en effet, l'hémorragie, l'enchaînement ou l'adhérence anormale placentaire qui nécessite l'intervention, nous trouvons des cas de malformations utérines. Tantôt c'est un utérus biloculaire, tantôt un utérus cordiforme, tantôt une corne utérine est sensiblement plus développée que celle de l'autre côté, ou bien encore l'utérus présente au niveau de son fond une crête médiane.

Les auteurs accusent, les uns le muscle utérin, les autres le placenta lui-même.

« La délivrance dans les utérus cordiformes a besoin d'être faite avec soin, souvent le décollement du placenta se fait mal, parce que les parois n'ont ni l'épaisseur, ni la rétractibilité normale et il est nécessaire de pratiquer la délivrance artificielle (Ribemont, Dessaignes et Lepage) (1) ».

« Les difficultés de la délivrance sont imputables fréquemment à la forme souvent irrégulière du placenta qui, par suite, se décolle mal et inégalement dans les différentes parties de l'utérus malformé (Wallich) (2) ».

« La greffe dans la corne est capable de produire certaines altérations placentaires (placenta bordé, hémorragie rétro-placentaire, adhérence anormale) (Brindeau) (3). »

« Dans les cas de malformation utérine la délivrance est fréquemment retardée, le placenta étant plus adhérent; les hémorragies se montrent également avec plus d'intensité que dans les utérus normaux; la délivrance artificielle s'y impose dans 33 % des cas. (Le Besque) (4). »

(1) Ribemont, Dessaignes et Lepage, *Traité d'Obstétrique*.

(2) Wallich, *Éléments d'Obstétrique*.

(3) Brindeau, *La Pratique de l'art des Accouchements*, de P. Bar, Brindeau et Chambelent.

(4) Le Besque, *Thèse de Paris*, n° 50, 1911.

« Il est vraisemblable que bien des faits d'enchatonnement de placenta et notamment le cas de Bubendorff (Thèse de Paris 1881) ne sont que des exemples de la variété de grossesse tubaire devenue tubo-utérine.

On peut ainsi, par une suite de degrés insensibles, passer de la grossesse tubaire vraie à la grossesse tubo-interstielle, à la grossesse tubo-utérine, et enfin à ces cas dans lesquels l'œuf se greffe dans la cavité utérine, mais si près de l'ostium que, pendant les premiers temps de la grossesse, la corne utérine seule se développe et donne à la main qui palpe, la sensation d'une tumeur flanquant l'utérus hypertrophié (P. Bar) (1). » Ce dernier ordre de faits se rapporte à nos observations 14 et 20 où le diagnostic de grossesse angulaire a été porté au début de la grossesse.

Sur 28.212 accouchements, Goulène a noté 44 cas d'utérus cordiforme qui ont nécessité 17 délivrances artificielles: 12 post-opératoires, soit dans 27,27 % des cas, 5 après accouchement spontané soit dans 11,36 % des cas (4 fois pour adhérence du placenta, 1 fois pour hémorragie).

Ces pourcentages élevés montrent l'importance qu'il faut attacher aux malformations utérines dans l'étiologie de la délivrance artificielle.

III. — Mortalité

Brosset sur 115 délivrances artificielles note 2 décès soit 1,74 %, Jacobson sur 91 délivrances artificielles en note 1 seule soit 1,10 % nous en relevons 2 sur 99 soit environ

(1) P. Bar et R. Mercier, *Société Obstétrique de Paris*, 9 février 1898.

du 2 %. Un de ces décès est dû à l'infection puerpérale, le second au shock. En voici les observations résumées :

Observation n° 77. Accouchement 1506. Année 1915

Mme G., 31 ans, III pare.

1^{re} grossesse en 1906. Accouchement naturel à terme normal, enfant mort à 6 semaines.

2^e grossesse en 1910. Accouchement naturel à terme normal, enfant mort à 5 ans de coqueluche.

3^e grossesse : dernières règles fin Février. Aucun incident pendant la grossesse.

Premières douleurs, le 20 décembre, 6 heures du soir. Rupture spontanée des membranes.

Entre à la Clinique Tarnier à 8 h. 1/2 du soir. La dilatation est de 1 fr. Présentation du siège complet. engagé en S. I. D. A. Enfant vivant.

Le 21 décembre, à 10 h. 30, la dilatation est complète. La femme fait des efforts expulsifs.

11 h. Naissance d'une fille vivante pesant 3.150 gr.

La femme perd un peu et se décolore, le pouls est faible. mais l'hémorragie cesse spontanément.

13 h. La délivrance n'est pas décollée, la femme n'a plus perdu, son pouls est faible, le faciès pâle.

Il est procédé à la délivrance artificielle sous anesthésie chloroformique : le placenta est en partie décollé et cependant adhérent dans sa plus grande partie. Il n'existe pas de contractions anormales du muscle utérin. La surface placentaire étant très déchiquetée on passe la curette de Cuzzi. Injection iodée. Iodage de l'utérus. La femme n'a presque pas perdu de sang. Poids du placenta 470 gr. Injection de 500 cmc de sérum adrénaliné.

13 h. 30. La femme s'est réveillée, elle bâille et très agitée se plaint de souffrir partout, elle est très pâle, les lèvres sont cyanosées. On lui fait des injections d'éther, huile camphrée, caféine, lorsqu'elle perd connaissance.

Respiration artificielle, sérum, oxygène. La malade succombe sans avoir repris connaissance.

Autopsie faite le 23 décembre.

A l'ouverture de l'abdomen on est frappé par la pâleur du muscle utérin. Les autres organes ont une teinte normale. On dissèque les veines utéro-ovariennes sans y découvrir trace de caillot ou de thrombose.

Les organes thoraciques sont enlevés en bloc : on trouve une congestion très intense dans le lobe supérieur du poumon droit. Les autres parties des poumons paraissent saines. Le cœur ne contient pas de caillots. Endocarde normal. Le cerveau est très légèrement congestionné. Sur les coupes sériees on ne découvre rien de pathologique.

Observation n° 83. Accouchement 1270. Année 1917.

Mme G., 27 ans, I pare. Dernières règles le 21 novembre. Aucun incident pendant la grossesse.

La femme ressent les premières douleurs le 12 septembre à 16 heures. Examen à 24 h. : Dilatation 2 f. Membranes intactes. Sommet qui se fixe. Dos à droite. Enfant vivant.

Le 13 septembre 10 h., rupture spontanée des membranes. Sommet engagé en OIDP.

16 h. 35. — Dilatation complète. Température de la femme : 38°. Efforts expulsifs.

17 h. — Dégagement en OP. Naissance d'une fille vivante pesant 3.600 gr.

18 h. 30. — La femme a peu perdu, son pouls est cependant rapide. Brusquement elle accuse des troubles de la vue et des sueurs froides. Elle dit qu'elle se trouve mal. A ce moment, son pouls est presque imperceptible. On fait la délivrance artificielle après injection utérine iodée. La main introduite dans l'utérus arrive sur une grande partie du placenta décollé. L'utérus est inerte, il n'a aucune tendance à se contracter. L'autre partie du placenta est enclavée dans la corne utérine gauche : on l'en retire facilement. On fait ensuite une injection utérine iodée.

Le pouls reste petit : on injecte sous la peau 1.000 gr. de sérum adrénaliné et de l'huile camphrée.

Après la délivrance la température est de 37°7.

Le 16 septembre au soir, la température monte à 39°2, le pouls de 120 les jours précédents atteint 140. L'utérus est immobilisé par un empâtement à droite. Les plaies vaginales sont grises.

A partir de ce moment, l'état de la malade ne se modifie guère : la température vespérale atteint presque tous les soirs 40°, le pouls reste entre 120 et 130, les frissons sont presque quotidiens. Malgré le traitement institué : sérum adrénaliné, abcès de fixation, colloïdase d'or, sérum antistreptococcique, la malade se cachectise de plus en plus, les urines diminuent rapidement et elle succombe le 10 décembre 1917, après tous les symptômes d'une pyohémie puerpérale à longue évolution.



Les deux seuls cas de mortalité que nous avons dans notre statistique ne permettent pas de tirer des conclusions sur les conséquences de la délivrance artificielle. L'une des malades a du reste présenté des phénomènes de shock immédiatement après la délivrance, l'autopsie n'ayant révélé aucune autre cause de la mort survenue aussi brusquement. Quant à la seconde malade elle a succombé des suites d'une infection puerpérale à longue échéance, et si nous nous en rapportons aux autres statistiques, nous voyons que c'est là le grand danger qu'on fait courir aux femmes en pratiquant cette intervention.

Brosset et Jacobson en publient 3 observations où la délivrance artificielle fut commandée par l'hémorragie.

Est-il besoin de rappeler que c'est la main, souillée par

son passage dans le vagin, qui constitue l'agent de transmission de l'infection? Cette infection est favorisée par l'état d'anémie fréquente de la femme, et par le lieu d'inoculation formé de la large plaie placentaire. La gravité que donne la possibilité d'une telle évolution à la délivrance artificielle nous incite à ne pratiquer cette intervention que lorsqu'elle est absolument nécessaire.

IV. — Morbidité

Brosset sur 115 délivrances artificielles a constaté 49 fois des suites de couches fébriles, soit une morbidité de 42,61 %. Jacobson sur 91 délivrances artificielles a noté 31 fois des suites de couches fébriles, soit 34,06 % de morbidité. Nous faisons cette constatation 33 fois sur 99 délivrances artificielles, soit une morbidité de 33,33 %.

Quelle est la part exacte qui revient à la délivrance artificielles dans ces suites de couches fébriles? Il est bien difficile de le déterminer.

Maïs il est bien certain que la longueur du travail, les examens répétés, l'œdème du col, la rupture prématurée des membranes avec infection amniotique ainsi que les lésions des parties molles et la rétention des membranes y prennent une part importante. Nous devons éliminer aussi les affections mammaires si fréquentes puisque Maygrier les a observées sur 71 % des accouchées et les affections intercurrentes (otite (observation 59), affections pulmonaires, pyélonéphrite, etc.) qui peuvent agir d'autre part en mettant l'organisme en état de moindre résistance vis à vis d'une infection légère.

De plus nous devons considérer que dans 12 cas la femme accouchée en ville ne fut amenée à la clinique qu'après avoir subi des manœuvres probablement variées d'extraction placentaire.

Dans 7 cas l'accouchement et la délivrance furent pratiqués en ville, et nous n'avons pas de renseignements exacts sur la façon dont fut accomplie cette dernière opération mais pour le moins les conditions matérielles furent certainement moins bonnes qu'elles ne l'auraient été dans une clinique organisée et surveillée.

En expurgeant tous les cas de fièvre de courte durée et ceux relevant des causes précédentes, Brosset trouve une morbidité de 14,78 % (17 cas sur 115 D. A.), Jacobson en trouve une de 5,49 % (5 cas sur 91 D. A.). Nous en trouvons 6 sur 99 délivrances, soit 6,06 % dont 2 phlébites.

Bailly (1) avait déjà attiré l'attention sur la fréquence de la phlegmatia alba dolens comme complication de la délivrance artificielle. Nous nous l'expliquons facilement par l'origine sanguine de l'infection. Sur les 6 cas précédents deux femmes (obs. 10 et 98) ont été accouchées en ville (ce sont les 2 cas de phlébites) et une (obs. 97) a été accouchée et délivrée en ville.

Si nous avons éliminé ces cas nous n'aurions observé ainsi qu'une morbidité générale de $23/80 = 28,75 \%$ et une morbidité grave due à la délivrance artificielle de $3/80 = 3,75 \%$.

(1) Bailly, *Archives de Tocologie*, juin 1876.

Nous considérons que ces chiffres doivent être ceux qui se rapprochent le plus de la vérité, ceux que l'on obtient lorsque les conditions optima sont réunies. Tel qu'il est, ce chiffre montre encore que la délivrance artificielle est une intervention dont les conséquences peuvent être sérieuses, et qu'en aucune circonstance il ne faut la pratiquer sans indication formelle.

Délivrances artificielles après accouchements spontanés

N ^o d'Ordre	Année	N ^o de l'Acc ^t	Temps de la Grossesse	Parité	Présentation et position	Durée totale du Travail	Durée de la période d'expulsion	Rupture des membranes	Poids du Fœtus au bout d'	Poids du Placenta	Indications - Causes - Observations.	
1	1906	6	T VIII	OIGA	10 ^h 45	5'	Prec	3700	45	520	N Hémorragie. Enchâtonnement. Utérus cordiforme.	
2		55	T III	OIDP	1 ^h 17	15'	Temp	5350	20	580	N Hémorragie. Placenta bordé, insertion en raquette.	
3		265	T VI	SIGA	2 ^h 20	5'	"	3380	25	540	F Hémorragie. E. Adhérence du placenta.	
4		211	89	OT	"	"	"	2740	"	"	F Hémorragie. Albuminurie. Accouchée et délivrée en ville.	
5		163	T II	SI	"	"	A: 20	4470	anale	650	N Hémorragie après extraction de siège.	
6		167	18	I	CIGA	5 ^h 20	3'	Temp	2800	15	380	N Hémorragie. Retraction de l'anneau de Bandl.
7		112	8	I	OIDE	23 ^h 30	15'	Prem	2100	30	480	N Hémorragie. Enchâtonnement du placenta.
8		212	T I	OIGA	7 ^h 15	15'	A: 20	3120	145	450	N Hémorragie.	
9		220	T VII	OIGA	9 ^h 25	5'	Prem	4200	39	650	N Hémorragie.	
10		142	T III	OI	"	"	"	3860	350	200	F Adhérence anormale du placenta. Accouchée en ville.	
11		153	6	II	OI	"	"	6 ^h 400	"	"	F Retraction de l'anneau de Bandl. Accouchée en ville.	
12		154	8	VIII	STD	2 ^h 10	—	A	2570	suite	380	F Placenta prævia. Insertion anormale du cordon.
13		164	T II	OIDP	REC ^{te} 8	10'	A: 20	2440	suite	400	F Hémorragie. Placenta bordé.	
14		179	T I	OIDP	26 ^h 30	20'	A: 20	2520	15	360	N Hémorragie. Adhérence anormale du placenta.	
15		182	T II	OIGA	21 ^h 45	45'	A: 20	3700	suite	500	N Hémorragie. Insertion dans une grosse anulaire.	
16	1911	97	T I	OI	4 ^h 10	5'	Temp	2570	25	350	N Hémorragie.	
17		201	T II	OIGA	3 ^h 25	25'	Temp	3930	20	550	N Hémorragie.	
18		229	89	I	OIDP	7 ^h 40	Prem	2940	145	530	N Hémorragie. Retraction de l'anneau de Bandl.	
19		262	T I	OIGA	16 ^h 45	145'	Temp	3550	345	500	N Adhérence anormale du placenta.	
20		292	T II	OIGA	13 ^h 10	10'	Temp	3730	230	590	N Adhérence anormale du placenta. Grossesse angulaire diagnostiquée au début de la grossesse.	
21		368	T III	OIGA	16 ^h 10	20'	Prec	4450	10	620	F Hémorragie.	
22		600	T III	OIGA	4 ^h 10	10'	Prec	3400	10	520	N Hémorragie.	
23		639	T II	SIGA	26 ^h 10	—	Prem	3800	suite	730	N Hémorragie après extraction de siège.	
24		708	8	I	OIGA	12 ^h 20	Prec	2000	145	400	F Hémorragie. Placenta adhérent. Albuminurie.	
25		712	8	I	SIGA	26 ^h 30	145'	Prec	2740	145	350	F Hémorragie après extraction de siège.
26		820	T I	OIGA	32 ^h 10	1 ^h	Prec	3600	4 ^h	620	N Adhérence anormale du placenta.	
27		853	T III	OIGA	26 ^h 40	40'	Prem	3120	245	660	N Adhérence anormale du placenta.	
28		1283	T I	OI	15 ^h 45	"	"	3480	6 ^h 15	470	N Adhérence anormale du placenta. Accouchée en ville.	
29		1448	T II	OIGA	5 ^h 40	5'	"	3380	2 ^h	580	N Hémorragie. Adhérence anormale du placenta.	
30		1524	T III	OIDP	18 ^h 20	140'	Temp	4290	5'	610	N Hémorragie. Exci de liquide.	
31		1578	T IV	OIGA	6 ^h 40	10'	Temp	3900	suite	700	N Hémorragie. Utérus avec fibromes.	
32		1642	T I	OI	9 ^h 10	15'	Temp	3250	245	510	N Adhérence anormale du placenta, prævia, lobé. Albuminurie.	
33		1903	T IV	OIGA	17 ^h 40	50'	Prem	3430	15	630	N Hémorragie.	
34		2903	T IV	OIGA	5 ^h 20	5'	Temp	3800	15	510	N Hémorragie.	
35	1912	66	T V	OIGA	2 ^h 10	10'	Prec	3780	140	760	F Hémorragie.	

Délivrances artificielles après accouchements spontanés

N° d'Ordre	Année	N° de l'Acc ^t	Terme de la grossesse	Position et Position	Durée totale du Travail	Durée de la Période d'Expulsion	Rupture des Membranes	Poids du fœtus	Délivrance faite au bout de	Très du Placenta	Suites de Couches	Indications - Causes - Observations.
36	1912	99	T IV	OLDP	7 ^h 35	20'	Réc	3480 ^g	35	580 ^g	F	Hémorragie.
37		131	T I	OLDP	7 ^h 3 ^m	15'	Réc	4330 ^g	40'	650 ^g	F	Hémorragie.
38		140	T I	OLDP	8 ^h 55	40'	Temp	2450 ^g	20	350 ^g	N	Hémorragie.
39		151	T I	OIGA	7 ^h 40	1 ^h 40	Réc	3550 ^g	10	2680 ^g	N	Adhérence anormale du placenta.
40		180	8 ^e I	OLDP	9 ^h 50	40'	Réc	2850 ^g	5 ^m	350 ^g	F	Adhérence anormale du placenta.
41		285	T II	OIGA	..	"	"	3380 ^g	..	660 ^g	N	Hémorragie.
42		294	T III	OIGA	..	"	"	3500 ^g	..	620 ^g	N	Hémorragie.
43		340	T I	OIGA	1 ^h 30	6 ^h 50	AzDC	2950 ^g	20'	410 ^g	N	Hémorragie. - Inertie.
44		599	T III	OI	"	"	"	3650 ^g	"	"	N	Hémorragie - Accouchée et délivrée en ville.
45		643	T III	OLDP	3 ^h 45	15'	Réc	3380 ^g	30'	720 ^g	N	Hémorragie - Accouchée et délivrée en ville.
46		660	T IV	OIGA	1 ^h	15'	Réc	3530 ^g	2 ^h 30	500 ^g	N	Hémorragie - Inertie. Embryon culs.
47		669	T I	OIGA	9 ^h	25'	Temp	3035 ^g	3 ^h 50	400 ^g	N	Adhérence anormale du placenta.
48		672	T IV	OIGA	1 ^h 30	30'	Réc	3440 ^g	2 ^h 55	480 ^g	N	Hémorragie.
49		759	T II	OIGA	5 ^h	15'	Temp	4750 ^g	3 ^h 30	600 ^g	F	Adhérence anormale du placenta - D.A au 1 ^{er} Acc ^t .
50		851	8 I	SI	9 ^h	—	Prém	2000 ^g	20'	570 ^g	N	Hémorragie après extraction de siège.
51		1022	T II	OIGA	12 ^h	5'	Réc	2580 ^g	15'	370 ^g	F	Hémorragie.
52		1233	8 I	OIGA	8 ^h	70'	Réc	2200 ^g	1 ^h 30	300 ^g	N	Retraction de l'anneau de Bandl. - Fibromes.
53		1431	T III	OIGA	10 ^h 45	45'	Prém	4030 ^g	20'	610 ^g	N	Hémorragie.
54		1472	T III	OLDP	4 ^h 55	10'	Réc	3490 ^g	3 ^h 30	600 ^g	N	Hémorragie.
55		1645	T II	OLDP	4 ^h 30	20'	Temp	2800 ^g	2 ^h 35	460 ^g	N	Adhérence anormale du placenta. Utérus biloculaire.
56		1716	T I	OIGA	9 ^h	10'	Réc	3100 ^g	3 ^h	450 ^g	F	Retraction de l'anneau de Bandl.
57	1913	25	T I	OI	"	"	"	3 ^h 50	"	"	N	Adhérence anormale du placenta. Accouchée en ville.
58		145	T II	OIGA	6 ^h 45	15'	Prém	3250 ^g	3 ^h 20	470 ^g	N	Adhérence anormale du placenta.
59		2368	8 I	OIGA	15 ^h 25	25'	Temp	2700 ^g	null	440 ^g	F	Rétention cotylédonnaire. - E. Otite double.
60		280	T I	OI	"	"	"	"	"	"	F	Adhérence anormale du placenta. Accouchée en ville.
61		356	T II	OLDP	12 ^h 30	10'	AzDC	3000 ^g	2 ^h 40	500 ^g	N	Adhérence anormale du placenta. - E.
62		3739	I	OLDP	3 ^h 45	15'	Prém	2760 ^g	15'	520 ^g	N	Hémorragie.
63		4408	T II	OIGA	12 ^h	30'	Temp	3000 ^g	3 ^h	350 ^g	N	Retraction de l'anneau de Bandl.
64		4680	T IV	OLDP	6 ^h 45	15'	Temp	3330 ^g	1 ^h 20	530 ^g	N	Adhérence anormale du placenta et enclavement.
65	1914	1228	8 I	OIGA	5 ^h	70'	Prém	2600 ^g	3 ^h 45	500 ^g	F	Enclavement partiel du placenta.
66		306	T I	OIGA	12 ^h	2 ^h	Prém	3800 ^g	10'	580 ^g	F	Hémorragie - Inertie.
67		440	T II	OI	"	"	"	"	"	"	F	Hémorragie - Accouchée et délivrée en ville.
68		552	T II	OLDP	7 ^h 3 ^m	20'	Temp	3860 ^g	2 ^h	"	N	Hémorragie.
69		758	8 IX	OI	3 ^h pour	"	Prém	2000 ^g	2 ^h 30	"	N	Enclavement de 200 gr de placenta. Accouchée en ville.
70		785	T I	OIGA	7 ^h 45	15'	Prém	2950 ^g	2 ^h 55	500 ^g	N	Hémorragie - Adhérence anormale du placenta.

Délivrances artificielles après accouchements spontanés

N° d'Ordre	Année	N° de l'Acc.	Terme de la Grossesse	Parité	Présentation et Position	Durée totale du Travail	Durée de la Phase d'Expulsion	Rupture des Membres	Poids du Fœtus	Délivrance faite au bout de	Poids du Placenta	Suites de l'Accouché	Indications - Causes - Observations.
71	1914	1134	T III	OIDF	1 ^{re}	1 ^{re}	Prec	4230	15 ³⁰	600	N	Hémorragie. Enchatonnement partiel du placenta.	
72		1630	T I	OI	"	"	"	"	15 ³⁰	480	N	Adhérence anormale du placenta. Alluminaire. Accouchée en ville.	
73	1915	471	T V	OI	"	"	"	"	3400	"	F	Hémorragie. Enchatonnement. Accouchée et délivrée en ville.	
74		646	T I	OIDF	2 ^{re}	1 ^{re}	Prec	3000	1 ³⁰	450	N	Adhérence anormale du placenta.	
75		800	8 ^e	OIGA	2 ^{re}	30 ^e	A.DC	2880	1 ³⁰	480	N	Adhérence anormale du placenta.	
76		1145	T I	OIGA	7 ^{re}	45 ^e	Prem	3250	1 ⁴⁵	500	F	Enchatonnement du placenta. Uterus avec crete médiane.	
77		1506	T III	SIDA	1 ^{re}	25 ^e	Prec	3150	2 ^{re}	470	F	Hémorragie. Adhérence anormale du placenta.	
78	1916	1169	T I	OIDF	7 ^{re}	10 ^e	A.DC	3250	2 ^{re}	600	N	Incarcération corne droite.	
79		1685	T I	SIGA	6 ^{re}	40 ^e	Prec	3120	35 ^e	500	N	Hémorragie. Enchatonnement et adhérence anormale.	
80	1917	193	T I	OIGA	10 ⁴⁰	20 ^e	Temp	3040	20 ^e	450	F	Hémorragie. Adhérence anormale du placenta.	
81		199	T I	OIGA	7 ^{re}	1 ^{re}	Prec	3020	2 ^{re}	400	N	Retraction de l'anneau de Bandl. Fibromes.	
82		868	8 ^e	OIGA	16 ⁴⁵	45 ^e	Temp	2400	2 ^{re}	290	N	Enchatonnement dans la corne gauche.	
83		1240	T I	OIDF	21 ⁴⁵	25 ^e	Prec	3600	1 ³⁰	600	T	Hémorragie. Enchatonnement dans la corne gauche.	
84	1920	14	T I	SIGA	"	"	"	2400	"	450	N	Hémorragie.	
85		133	T III	OIGA	7 ³⁰	10 ^e	Prem	3030	4 ³⁰	500	F	Enchatonnement. Retraction utérine.	
86		161	T I	OIGA	"	"	Temp	2770	35 ^e	360	N	Hémorragie. Enchatonnement.	
87		473	T I	OI	"	"	"	"	"	"	F	Adhérence anormale du placenta. Accouchée en ville.	
88		632	T I	OIGA	18 ³⁰	20 ^e	Temp	3320	2 ⁴⁵	520	F	Hémorragie. Adhérence anormale du placenta.	
89		821	T II	OIDF	8 ^{re}	5 ^e	Temp	3050	2 ³⁰	440	F	Hémorragie.	
90		853	T I	OIGA	21 ⁴⁵	55 ^e	Prec	3170	2 ⁴⁵	450	N	Adhérence anormale du placenta.	
91		905	T I	OIGA	22 ⁴⁵	1 ^{re}	Prec	3270	2 ⁴⁵	510	F	Hémorragie. Enchatonnement du placenta.	
92		956	T III	OIGA	"	55 ^e	Temp	3840	1 ³⁰	520	N	Hémorragie. Uterus bicone.	
93		979	T II	OI	"	"	"	"	"	"	F	Adhérence anormale du placenta. Accouchée en ville.	
94		1438	T I	SI	28 ^{re}	20 ^e	A	3250	3 ³⁰	650	N	Hémorragie.	
95		1448	T I	OIGA	"	"	"	2775	4 ³⁰	520	N	Enchatonnement d'un utylédon. Accouchée en ville.	
96		1676	T II	OI	"	"	"	"	"	"	F	Hémorragie. Accouchée et délivrée en ville.	
97		2068	8 ^e	OIGA	"	"	Temp	2500	35 ^e	"	F	Hémorragie. Accouchée et délivrée en ville.	
98		2133	8 ^e	OI	"	"	"	"	2730	4 ³⁰	400	F	Adhérence du placenta. Retraction du col. Accouchée en ville.
99		2135	T I	OI	"	"	"	3700	4 ^{re}	"	N	Retraction de l'anneau de Bandl. Adhérences anormales du placenta. Accouchée en ville.	

CONCLUSIONS

1° D'après l'examen de différentes statistiques, la fréquence de la délivrance artificielle est de 1,13 % après intervention, et de 0,76 % après accouchement spontané.

2° Parmi les indications de la délivrance artificielle, nous signalons l'importance que nous attachons aux malformations utérines, aux contractions utérines irrégulières, à l'enchatonnement du placenta qui peut en être la conséquence.

3° La mortalité globale de l'intervention est de 1,64 %.

4° La morbidité globale est de 9,18 %.

Il y a lieu de considérer que ces chiffres ont été obtenus (Clinique Baudelocque et Clinique Tarnier) dans des conditions qui sont rarement réunies dans la pratique habituelle.

5° En conséquence, nous constaterons que la délivrance artificielle est une intervention qui ne doit être pratiquée que sur indication formelle, sous les plus grands soins d'asepsie. Elle doit être évitée toutes les fois qu'elle n'est pas absolument nécessaire, et nous envisageons en particulier le cas où la délivrance artificielle n'a été pratiquées, que pour profiter de l'anesthésie nécessitée par une intervention préalable.



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION...	5
Délivrance artificielle post-opératoire.....	7
Fréquence	7
Indications.....	7
Morbidité.....	8
Mortalité.....	9
Observations (tableaux).....	10
Délivrance artificielle non précédée d'intervention.....	14
Fréquence	14
Indications.....	18
Mortalité.....	27
Morbidité.....	31
Observations (tableaux).....	34
CONCLUSIONS.....	37



